



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

**Trabajo Académico**

Autocuidado del acceso vascular y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis  
de una clínica privada en Chincha 2025

**Para optar el Título de  
Especialista en Enfermería en Nefrología**

**Presentado por:**

**Autora:** Quevedo Chala, Nataly Betzabe

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-5882-4069>

**Asesor:** Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>

**Lima – Perú**

**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, Nataly Betzabe Quevedo Chala, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Nefrología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "AUTOCUIDADO DEL ACCESO VASCULAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA PRIVADA EN CHINCHA 2025" Asesorado por el docente: Dr. Rodolfo Amado Arévalo Marcos DNI 46370194 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4633-2997> tiene un índice de similitud de (14) (CATORCE) % con código OID: 14912:483512044 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor  
 Nataly Betzabe Quevedo Chala  
 DNI: 70460768



.....  
 Firma  
 Rodolfo Amado Arévalo Marcos  
 DNI: 4630194

Lima, 15 de Agosto de 2025

### **Dedicatoria**

Este proyecto lo dedico a mis Abuelos por impulsarme siempre a cumplir mis sueños y mis metas.

A mi Madre, por brindarme su compañía, confianza y fortaleza en cada proyecto trazado a lo largo de mi vida.

### **Agradecimiento**

A Dios, Divino Hacedor que ilumina mi sendero en cada paso que doy.

A esta casa de estudio, Universidad Wiener, por la formación profesional impartida.

A mi asesor, por su orientación y constancia en el desarrollo de la investigación.

## Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problemas específicos.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación.....	6
1.4.1. Teórica.....	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Delimitación de la investigación.....	7
1.5.1. Temporal.....	7
1.5.2. Espacial.....	7
1.5.3. Unidad de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Formulación de hipótesis.....	22
2.3.1. Hipótesis general.....	22
2.3.2. Hipótesis específicas.....	23
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Método de investigación.....	24
3.2. Enfoque de investigación.....	24
3.3. Diseño de investigación.....	24
3.4. Nivel de investigación.....	25

3.5. Población, muestra y muestreo .....	25
3.5.1. Población.....	25
3.5.2. Muestra .....	26
3.5.3. Muestreo .....	26
3.6. Variables y operacionalización .....	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	26
3.7.1. Técnica.....	26
3.7.2. Descripción de los instrumentos .....	26
3.7.3. Validación.....	28
3.7.4. Confiabilidad.....	28
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos .....	29
3.9. Aspectos éticos.....	30
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	30
4.1. Cronograma de actividades.....	30
4.2. Presupuesto .....	31
5. REFERENCIAS.....	32
6. ANEXOS .....	46
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	46
Anexo 2: Instrumentos.....	48
Anexo 3: Formato de consentimiento informado .....	55
Anexo 4: Informe de asesor de Turinitin .....	57

## Resumen

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia en aumento, asociada al envejecimiento poblacional, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La hemodiálisis es una de las principales terapias de sustitución renal, que depende del uso de un acceso vascular funcional y seguro, como la fístula arteriovenosa o el catéter venoso central. El **objetivo:** determinar la relación entre el autocuidado del acceso venoso y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada en Chincha, 2025. **Metodología:** Investigación de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 83 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico, a partir de una población de 105 pacientes en tratamiento. La recolección de datos se realizó a través de cuestionarios estructurados y validados para cada variable de estudio. La información fue procesada y analizada con el software estadístico SPSS, aplicándose estadística descriptiva e inferencial. Los resultados se presentan en tablas y gráficos, y permitieron establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autocuidado del acceso venoso y la calidad de vida en la población estudiada.

**Palabras clave:** Autocuidado, acceso vascular venoso, calidad de vida, hemodiálisis.

## Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a growing public health problem worldwide, with an increasing prevalence associated with population aging, diabetes mellitus, and high blood pressure. Hemodialysis is one of the main renal replacement therapies, which depends on the use of a functional and safe vascular access, such as an arteriovenous fistula or a central venous catheter. The objective: to determine the relationship between venous access self-care and quality of life in hemodialysis patients at a private clinic in Chíncha, 2025. Methodology: Applied research with a quantitative approach, correlational level, non-experimental design, and cross-sectional. The sample consisted of 83 patients selected through probability sampling from a population of 105 patients under treatment. Data collection was conducted through structured and validated questionnaires for each study variable. The information was processed and analyzed with SPSS statistical software, applying descriptive and inferential statistics. The results are presented in tables and graphs, and allowed us to establish whether there is a statistically significant relationship between the level of venous access self-care and quality of life in the study population.

**Keywords:** Self-care, venous vascular access, quality of life, hemodialysis.

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es una carga para la salud pública a nivel mundial, siendo la hemodiálisis una de las principales terapias de reemplazo renal en estadios avanzados frente a la disfunción renal crónica. Este tratamiento depende de un acceso vascular funcional y duradero, como la fístula arteriovenosa (FAV) o el catéter venoso central (CVC), cuya adecuada gestión es esencial para garantizar la eficacia del procedimiento y prevenir complicaciones (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que la ERC continúa en ascenso como una de las principales complicaciones derivadas de enfermedades no transmisibles asociadas a los estilos de vida, como la hipertensión y diabetes. El *World Health Statistics 2024* consigna que el número de decesos vinculados a la ERC a nivel planetario sobrepasa el umbral de los dos millones durante el año 2023, un saldo que la coloca entre el top diez de los motivos de muerte más frecuentes en el globo (2).

Un estudio reciente que aparece en *The Lancet Global Health* en 2024 afirma que, en promedio, el 9,5% de la población mundial presenta ERC. Esa cifra global esconde disparidades notables; en algunas zonas de África la prevalencia baja hasta el 4,2%, mientras que en Europa del Este se eleva hasta el 12,8%. El acceso a tratamientos como la hemodiálisis refleja marcadas desigualdades: hasta 3679 pacientes por millón en países de altos ingresos frente a 4,4 por millón en países de bajos ingresos. Además, el financiamiento público para terapias sustitutivas sigue siendo limitado en muchas regiones de bajos y medianos ingresos (3).

A nivel mundial, la ERC afecta a más de 850 millones de personas, y en muchos casos es silenciosa y no diagnosticada hasta fases avanzadas, lo que incrementa su letalidad (4).

Además, se ha documentado que, aunque la prevalencia de la ERC es mayor en mujeres, los hombres presentan tasas más altas de mortalidad y pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, posiblemente debido a una progresión más acelerada de la enfermedad y conductas menos saludables (5).

En línea con lo anterior, una revisión internacional de 2023 identificó a la fístula arteriovenosa nativa como el acceso más utilizado por su baja tasa de complicaciones (1,14 eventos/año). Se reportó mayor trombosis en mujeres con CVC, pero menos infecciones que en hombres (17,65% vs. 28,87%), mientras que, los mayores de 70 años presentaron 23% menos hospitalizaciones por complicaciones del CVC frente a 33% los menores de 60 años (6).

En España, un estudio en 2019 reveló que el 42,6% de los pacientes en hemodiálisis presentaban ansiedad, el 52,5% depresión y el 32,8% ambas condiciones, lo que se relacionó con peores puntajes en todas las dimensiones de calidad de vida (7). En Australia, un estudio en 2023 reveló que pacientes con enfermedad renal terminal presentan una alta carga de síntomas físicos como fatiga, somnolencia y dificultad para actividades cotidianas, factores que se asociaron significativamente con peor calidad de vida, independientemente de si recibían diálisis o manejo conservador (8).

En Serbia, un estudio en 2024 encontró que hasta el 41% de los pacientes con catéteres rechazaban el uso de fístula arteriovenosa (FAV) por miedo al dolor, a pesar de que este acceso se asocia a menos complicaciones y mejor calidad de vida (99). En Uzbekistán, un estudio en 2025 se observó que el 20,3% de los pacientes en hemodiálisis tenían alto riesgo de trombosis del acceso vascular, lo cual se asoció con bajos puntajes en calidad de vida, especialmente en estado laboral, sueño y función sexual (10).

En América Latina, la ERC hasta el 2022 afectó a más de 665 millones mostrando un incremento del 0.9% comparada con el año anterior, donde la esperanza de vida es mayor para

las (79 años) que para los varones (73 años) (11). Un estudio publicado en el 2025 reveló que el comportamiento de la ERC sigue representando un desafío en Latinoamérica, su prevalencia ha alcanzado alrededor del 9,9 % de la población adulta en los diferentes estadios (12).

En Ecuador, una publicación del 2024 reportó que el 44% de pacientes con acceso venoso presentaba deficiencias en su autocuidado, el 33% de pacientes no se baña diariamente y el 69% nunca usa crema hidratante, en la dimensión autocuidados de conservación, el 52% no palpa ni escucha la fistula todos los días y el 61% le cuesta evitar dormir sobre este brazo; en cuanto a prevención de complicaciones, el 62% no toma en cuenta la exposición a temperaturas extremas, situaciones relacionadas a la calidad de vida cuyos niveles alcanzados fueron de media a baja, afectando su bienestar físico y psicológico (13).

Un estudio en Colombia, en 2021, más de la mitad de los pacientes en hemodiálisis usaron catéter venoso central, y casi la mitad de ellos desarrollaron trombosis en su fistula arteriovenosa (FAV), en comparación con solo el 17.7% de aquellos sin este antecedente. Se calculó que el riesgo de trombosis es 2.7 veces mayor en quienes tuvieron catéter previamente, además de presentar menor tiempo de funcionalidad del acceso (28.1 frente a 43.9 meses). Aunque el uso de catéteres se ha vinculado a estenosis venosa central, favoreciendo la trombosis, lo que evidencia una problemática clínica importante en el manejo del acceso vascular (14).

En el Perú, el Ministerio de Salud en el 2025 advirtió el 70% de la población ha desarrollado ERC a consecuencia de otras enfermedades crónicas (15). Un informe del 2022 del Hospital Cayetano Heredia evidenció la presencia del 13,07% de pacientes con estadios del I al IV, donde el 72% se atiende por EsSalud (16). Por otro lado, resultados de un estudio en 2024 reportó que, el 73,33% utiliza catéter venoso central, existe escaso conocimiento respecto al autocuidado el cual fue de mediano a bajo (17). En esa misma línea, otra investigación del 2020 en Chiclayo destacó que el autocuidado en la higiene personal fue inadecuado en el 35%

de los hombres. De estos pacientes, entre el 25% y el 26,7% llevaban 3 a 5 años de tratamiento, evidenciando que el tiempo en hemodiálisis no garantiza mejores prácticas de autocuidado, sin embargo, la calidad de vida se ve afectada en sus dimensiones físicas, mental y social de esta población (18).

En Ica, la ERC alcanzó 126 casos acumulados en el año 2021 diagnosticados en el Hospital Regional; en tanto que las IPRESS privadas atendieron 62 casos (19); un estudio realizado en el 2022 en EsSalud reportó 125 casos (19). Aunque los estudios realizados en la región son escasos, una publicación del 2021 reveló que la calidad de vida en el estado funcional, social y física fue de regular a mala en el 63,7%; 59,1% y 86.3% de pacientes respectivamente: Aunque el autocuidado no se ha estudiado recientemente, las deficiencias en esta variable requieren su abordaje por el impacto que este tiene en la calidad de vida de los pacientes (20).

A lo largo de la experiencia laboral en una clínica privada de hemodiálisis en Chincha, se ha evidenciado que, en muchos casos, los pacientes presentan pérdida de la permeabilidad del acceso, situación que se manifiesta por la ausencia del thrill o soplo característico en la fístula, edemas en la extremidad o alarmas frecuentes en la máquina de diálisis debido al bajo flujo sanguíneo. Estas alteraciones pueden estar relacionadas con la falta de conocimientos o prácticas inadecuadas como dormir sobre la fístula, aplicar presión excesiva o no acudir a tiempo ante los primeros signos de alteración. A esto se suman los frecuentes hematomas o extravasaciones posteriores a la diálisis, muchas veces producto de movimientos bruscos y cargar peso o la falta de protección del brazo puncionado.

En el caso del CVC, algunos pacientes retiran los apósitos antes de tiempo o permitir que el sitio de inserción se humedezca durante la higiene personal, lo cual incrementa el riesgo de infecciones severas. Finalmente, es preocupante el desconocimiento generalizado de los signos de alarma entre algunos pacientes, quienes no reconocen ni comunican oportunamente

síntomas como dolor, cambios en el flujo del acceso o alteraciones visibles, lo que retrasa la intervención y favorece la aparición de complicaciones.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre el autocuidado del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada en Chincha 2025?

### **1.2.2. Problemas específicos**

PE1: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis?

PE2: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis?

PE3: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según la identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre el autocuidado del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

OE1. Establecer la relación entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

OE2: Identificar la relación entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

OE3: Analizar la relación entre el autocuidado según la identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Teórica**

El autocuidado del acceso vascular constituye un componente esencial en el tratamiento del paciente en hemodiálisis, al influir directamente en la prevención de complicaciones y en la calidad de vida. Desde la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, se reconoce que los pacientes con ERC requieren apoyo profesional para desarrollar habilidades que les permitan asumir el cuidado de su acceso, especialmente en contextos donde el conocimiento y la adherencia son limitados. Asimismo, el modelo de Calidad de Vida de Patrick y Erickson permite abordar el impacto del autocuidado no solo en el bienestar físico, sino en las dimensiones emocional y social, que suelen verse afectadas por hospitalizaciones frecuentes, infecciones y alteraciones funcionales.

### **1.4.2. Metodológica**

Se optará por un enfoque cuantitativo porque era imprescindible medir, con precisión numérica. Al trabajar con conjuntos de datos amplios, el método garantiza resultados estandarizados y reproducibles; Esas características dependen de instrumentos que aseguran la confiabilidad y validez de las cifras obtenidas. La misma estrategia metodológica revela patrones inesperados, identifica obstáculos concretos y aclara qué factores influyen en el comportamiento de autocuidado, encuentra que pueden alimentar el diseño de intervenciones educativas con respaldo empírico. En última instancia, el estudio pretende poner de manifiesto que existen carencias sanitarias específicas que justifican el establecimiento ordenado de rutinas sistemáticas de autocuidado, rutinas capaces de elevar tanto el bienestar clínico como el compromiso social de los pacientes en diálisis.

### **1.4.3. Práctica**

Los hallazgos permitirán identificar déficits específicos en el autocuidado del acceso vascular, información que resulta crucial para diseñar planos de cuidados de enfermería ajustados a cada paciente. Estos planes pueden tener como objetivo abordar el refuerzo continuo de la educación del paciente, fomentar el autocuidado responsable y la adopción de hábitos de vida saludables que contribuirán a mitigar complicaciones comunes como infecciones o trombosis.

## **1.5. Delimitación de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

El desarrollo del estudio será en el periodo de abril - julio 2025.

### **1.5.2. Espacial**

El estudio se realizará en una clínica privada, en Chincha en el departamento de Ica.

### **1.5.3. Unidad de análisis**

En la unidad de análisis se considerará como población a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que reciben hemodiálisis

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **Antecedentes internacionales**

Arce et al. (21), en 2024, en México, publicaron su estudio con el objetivo de “relacionar la calidad de vida y autocuidado en adultos mexicanos que reciben hemodiálisis en un hospital”. De método de nivel descriptivo, considerando un tamaño muestral de 107 pacientes. Dentro de los resultados, el 54,2% presentó una calidad de vida favorable y el 65,4% mostró una alta capacidad de autocuidado. En conclusión, los pacientes en hemodiálisis que mantienen un buen nivel de autocuidado tienden a percibir una mejor calidad de vida.

Del mismo modo, Tonguiño et al. (22), en 2024, en Ecuador, realizaron un estudio teniendo como objetivo “determinar la relación existente entre el autocuidado y calidad de vida en pacientes dialíticos, atendidos en el Hospital General IESS Manta”. De método de nivel descriptivo correlacional, considerando un tamaño muestral de 66 participantes. En el resultado, el 68,2% de los participantes mantenía un adecuado autocuidado nutricional. Asimismo, el 40,9% percibía su calidad de vida como buena, destacando estabilidad emocional y apoyo familiar. En conclusión, el análisis evidenció una relación significativa entre ambas variables.

Alabacak y Arslan (23), en 2023, en Turquía, realizaron una investigación cuyo objetivo fue “analizar la relación entre las conductas de autocuidado respecto a la fístula arteriovenosa y el miedo al fallo de la fístula en pacientes sometidos a hemodiálisis”. De método de nivel descriptivo correlacional, considerando un tamaño muestral de 259 pacientes. Los resultados mostraron que el 79,5% de los pacientes manifestaron temor al fallo de la fístula, siendo este el principal motivo de preocupación. Además, los pacientes que presentaban mayor miedo que el autocuidado y el análisis reveló que el miedo explicó el 12% de la variabilidad

en las conductas de autocuidado, siendo el modelo estadísticamente significativo. En conclusión, a un mayor nivel de miedo al fallo de la fistula se asocia con una disminución en las prácticas de autocuidado ( $p < 0,010$ ).

De forma similar, García et al. (24), en 2021, en Ecuador, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “evaluar la relación entre el conocimiento sobre autocuidado y la calidad de vida clínica de hemodiálisis”, estudio cuantitativo correlacional realizado considerando un tamaño muestral de 50 pacientes que reciben hemodiálisis. En el resultado, el 56% de los pacientes aplicaban correctamente las recomendaciones de autocuidado, especialmente en nutrición, medicación y cuidado del acceso vascular. Sin embargo, el 84% manifestó consumir todo tipo de alimentos y solo el 60% ingería al menos un vaso de agua al día. A pesar de ello, reportaron sentirse emocionalmente estables, con apoyo familiar, y se identificó una asociación significativa entre el nivel de conocimiento en autocuidado y una mejor calidad de vida física y psicológica ( $p < 0,000$ ).

### **Antecedentes nacionales**

Ávila (25), en 2024, en Tumbes, realizó su investigación cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el autocuidado y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en Centro Renal Habich”. El método fue nivel correlacional, considerando un tamaño muestral de 89 pacientes. Los resultados indicaron que no existe una relación significativa entre el nivel general de autocuidado y la calidad de vida ( $p > 0.812$ ). No obstante, al desagregar por dimensiones, se halló una asociación significativa en el bienestar físico y social ( $p < 0.000$ ), mientras que el bienestar mental no mostró relación significativa ( $p > 0.593$ ). Se concluye que, aunque no hay relación directa entre autocuidado global y calidad de vida, sí se evidencia vínculo en dimensiones específicas del bienestar.

Cochachi y Majino (26), en 2024, en Huánuco, realizaron un estudio con el objetivo de “determinar la relación entre las prácticas de autocuidado con la calidad de vida del paciente con hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano”. De método de nivel descriptivo, considerando un tamaño muestral de 65 pacientes. En el resultado, se observó un alto cumplimiento en alimentación y control hídrico (93.8%) y cuidado del acceso vascular (100%). En cambio, los niveles fueron moderados en higiene personal (60%) y en descanso y relaciones interpersonales (55.4%). En cuanto a la calidad de vida, el bienestar físico fue regular en 53,8%, el social también regular en 69,2% y el psicológico bueno alcanzó 76,9%. Los hallazgos revelan una relación significativa entre las prácticas de autocuidado y el bienestar integral de los pacientes con hemodiálisis.

Díaz y Becerra (27), en el 2024, en Trujillo, realizaron un estudio con el objetivo de “determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis”. De método de nivel descriptivo correlacional, considerando un tamaño muestral de 50 participantes. En el resultado, el 88% de los participantes presentó un autocuidado adecuado, mientras que el 12% mostró autocuidado inadecuado; además, el 78 % evidenció una calidad de vida regular, el 20 % buena y el 2 % mala. La investigación concluyó que existe una relación significativa entre autocuidado y calidad de vida ( $p < 0.033$ ).

Negrón y Sullón (28), en 2021, en Chiclayo, realizaron su estudio con el objetivo de “determinar el autocuidado de la fístula arteriovenosa en personas que reciben tratamiento de hemodiálisis en una Clínica Privada” de Chiclayo. De método de nivel descriptivo correlacional, considerando un tamaño muestral de 75 personas en hemodiálisis. En el resultado, el 97,3 % de los pacientes mantenía un buen autocuidado general de su acceso vascular. No se encontraron deficiencias en ninguna dimensión evaluada, concluyendo que el autocuidado efectivo favorece la protección de la fístula y una mejor calidad de vida.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Autocuidado del acceso vascular**

#### **2.2.1.1. Conceptualización**

El autocuidado es la facultad que poseen los pacientes para ejercer acciones y hacer tratamientos da mantener su salud, prevenir complicaciones y dentro de sus patologías enfatizando con lo anterior que las guías para el autocuidado que se brinden sean fácilmente trasladables e implementables (29). La Organización Panamericana de la Salud define el autocuidado como la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y gestionar enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica (30). Por otra parte, el autocuidado es como un comportamiento voluntario y aprendiendo que los individuos se dirigen hacia sí mismos, o su entorno, con el objetivo de controlar las influencias que promueven o obstaculizan su desarrollo, funcionamiento y bienestar (31).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el autocuidado del acceso vascular durante el tratamiento de hemodiálisis consiste en todas aquellas actividades que el paciente realiza para mantener el buen funcionamiento tanto del catéter venoso central (CVC) como de la fístula arteriovenosa (FAV), con el objetivo de evitar infecciones, formación de coágulos y otras complicaciones, siguiendo las indicaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios (32).

El autocuidado se define como la habilidad que desarrolla el paciente con enfermedad renal crónica para preservar, resguardar y monitorear su acceso vascular (ya sea FAV o CVC) a través de hábitos de higiene adecuados, vigilancia de señales de alerta y adhesión a cuidados específicos en los períodos previos, durante y posteriores a cada sesión de hemodiálisis (33). Además, se considera que el autocuidado constituye el conjunto de acciones metódicas que

realiza el paciente para minimizar riesgos relacionados con su acceso vascular, fundamentándose en la información, el compromiso y el cumplimiento de las recomendaciones médicas vinculadas con la utilización, atención y reconocimiento precoz de problemas en el acceso empleado durante la hemodiálisis (34).

El autocuidado del acceso vascular en hemodiálisis constituye el conjunto de acciones conscientes y responsables que realiza el paciente para mantener la funcionalidad de su acceso (fístula arteriovenosa o catéter venoso central), basándose en conocimientos adquiridos mediante intervenciones educativas estructuradas (35). Dichas prácticas resultan fundamentales para prevenir complicaciones como infecciones o trombosis, e incluyen vigilancia de signos de alarma, técnicas de higiene y cuidados específicos durante todo el proceso dialítico. El éxito de este autocuidado depende de una comunicación clara y eficaz entre profesionales sanitarios y pacientes, permitiendo que estos últimos se empoderen, asuman un rol activo en su tratamiento y mejoren significativamente su calidad de vida durante la hemodiálisis (36).

Este autocuidado sigue siendo uno de los retos más importantes, al igual que sucede en otras enfermedades crónicas la implicación de los pacientes en su autocuidado repercute positivamente en la calidad de vida y reduce complicaciones e ingresos hospitalarios, mejorando los costes para el sistema sanitario (37).

El acceso vascular (AV) utilizado para efectuar la hemodiálisis (HD) es un aspecto esencial para el paciente con ERC. Es decir, no solo ha de recoger toda la evidencia disponible, sino que, además, ha de transmitirla al profesional de un modo que permita su aplicación clínica diaria (38). El proceso que va desde la creación y mantenimiento del acceso vascular hasta el tratamiento de sus complicaciones constituye un reto para la toma de decisiones debido a la complejidad de la patología existente y a la diversidad de especialidades involucradas (39). La gestión del acceso vascular (AV) representa una problemática persistente en el manejo de

pacientes con ERC avanzada, constituyendo un determinante significativo en los índices de morbimortalidad. Análogamente a otras patologías crónicas, la participación activa del paciente en protocolos de autocuidado correlaciona positivamente con indicadores de calidad de vida y evidencia una reducción estadísticamente significativa de complicaciones y hospitalizaciones, con la subsecuente optimización de recursos en el sistema sanitario (40).

Según las directrices actualizadas, los criterios fundamentales incluyen: evaluación de la red vascular mediante ultrasonografía Doppler para confirmar un diámetro venoso mínimo de 2.5 mm y arterial de 2.0 mm; valoración de comorbilidades como diabetes mellitus, enfermedad arterial periférica e insuficiencia cardíaca que podrían comprometer la maduración del acceso; análisis del tiempo disponible para la creación del acceso (idealmente 3-6 meses antes del inicio previsto de hemodiálisis); expectativa de vida superior a un año; y ausencia de contraindicaciones absolutas como infección activa en la zona de creación o trombosis venosa central ipsilateral (41).

La evaluación preoperatoria debe incluir también factores como la dominancia de la extremidad, antecedentes de cateterización venosa central, presencia de edema unilateral y estado de la red vascular periférica. La literatura científica actual y las directrices clínicas establecen una jerarquización terapéutica que prioriza la implementación de fístulas arteriovenosas nativas (FAVn) sobre las protésicas (FAVp), fundamentada en la menor incidencia de eventos adversos y superior permeabilidad longitudinal post-maduración (42).

Adicionalmente, la planificación estratégica del AV debe contemplar la preservación del capital venoso periférico mediante la selección preferencial de localizaciones anatómicas distales (43). En condiciones de equiparabilidad clínica, se recomienda la utilización de la extremidad no dominante, facilitando así la funcionalidad cotidiana del paciente durante las sesiones de hemodiálisis y actividades diarias (44).

### **2.2.1.2. Dimensiones del autocuidado**

#### **Dimensión 1: Higiene personal**

La higiene es una de las prácticas fundamentales en el autocuidado de pacientes en hemodiálisis, especialmente para aquellos con accesos vasculares como la FAV o el CVC. Mantener una adecuada higiene de la piel, particularmente en el área del acceso vascular, disminuye el riesgo de infecciones, una de las principales complicaciones asociadas a estos dispositivos (45).

Dentro del entorno clínico de la hemodiálisis, la noción de limpieza se extiende más allá del aseo personal cotidiano y se traduce en prácticas puntuales: se requiere frotar con agua y jabón neutro el brazo donde reside la fístula, además de desinfectar el punto de inserción del catéter empleando soluciones antisépticas, todo ello bajo un protocolo de asepsia rigurosa (46). El cuidado propio no se detiene ahí; implica también supervisar condiciones que amenacen la integridad del tegumento, tales como excesos de humedad, lesiones, irritaciones y la detección temprana de cualquier alteración en los alrededores del acceso vascular (47).

#### **Dimensión 2: Cuidados específicos del acceso vascular**

El cuidado es esencial para asegurar su funcionalidad y prevenir complicaciones graves como infecciones, trombosis o fallos mecánicos. En los pacientes en hemodiálisis, la fístula arteriovenosa (FAV) y el catéter venoso central (CVC) son las principales vías de acceso, cada una con cuidados particulares que el paciente debe conocer y aplicar como parte de su autocuidado. La educación continua que brinda enfermería sobre estas prácticas es determinante para el éxito del tratamiento (48).

Para el cuidado de la FAV, el paciente debe evitar cualquier compresión del brazo donde se ubica la fístula, no cargar objetos pesados, y proteger el sitio de golpes o lesiones. Además, se recomienda palpar el “thrill” o vibración diariamente para asegurar la

permeabilidad de la fistula. Respecto al CVC, el cuidado es más estricto aún, ya que implica mantener el área estéril, no mojar el apósito, y observar cambios en el color o exudado en el sitio de inserción. Estas acciones requieren del paciente compromiso y habilidades que deben ser reforzadas por los profesionales de enfermería (49).

Asimismo, los CDC, los cuidados específicos del acceso vascular abarcan tanto medidas del personal como del paciente para prevenir infecciones y mantener el acceso permeable. En el caso de los CVC, se enfatiza el cambio estéril de apósitos, la desinfección de conexiones y el monitoreo de signos de infección. En los pacientes con FAV, se recalca la importancia de evaluar el “thrill” o vibración cada día, como indicador de permeabilidad, y reportar cualquier cambio (45).

Las guías de la KDOQI subrayan que las intervenciones dirigidas al acceso vascular deben considerarse un pilar del tratamiento integral en hemodiálisis. Se espera que el paciente identifique el tipo de acceso que porta, monitoree la aparición de hematomas o hemorragias, y esté alerta ante una caída del flujo. Este enfoque proactivo se complementa con sesiones educativas que instruyen al enfermo sobre la respuesta inmediata en situaciones críticas del acceso (50).

El mantenimiento de un acceso vascular no recae exclusivamente en el personal médico; el paciente debe convertirse en un compañero activo en la vigilancia del dispositivo. Los protocolos apuntan a observar indicios de estenosis, infección o aneurisma, además de respetar estrictas normas de asepsia durante cada maniobra. Diversos ensayos han confirmado que la educación continua del usuario reduce las complicaciones notables e incrementa los resultados favorables (51). Un paciente instruido puede identificar tempranamente problemas tales como flujo reducido, hematomas imprevistos o eritema en la punción. Desde el ámbito de enfermería la capacitación tras lecturas teóricas incluye demostraciones prácticas, con el fin de que el enfermo gestione su propio acceso con el mayor grado de autonomía posible (52).

El autocuidado del acceso vascular en pacientes de hemodiálisis se propone convertir al propio enfermo en gestor de su terapia. Iniciativas educativas, complementadas por el control periódico del personal de enfermería, pretenden minimizar las complicaciones vinculadas al acceso, alargar su vida útil, prevenir ingresos hospitalarios y, en última instancia, elevar el bienestar cotidiano del paciente (53).

### **Dimensión 3:** Identificación de signos de alarma

La identificación temprana de signos de alarma constituye una competencia esencial en el autocuidado de los pacientes a quienes se les ha instalado un acceso vascular para hemodiálisis. La detección oportuna de síntomas asociados a infección, trombosis u otro deterioro del acceso puede resultar decisiva para evitar complicaciones graves que pongan en riesgo la continuidad del tratamiento y, en última instancia, la supervivencia del enfermo. En este contexto, los programas de formación impulsados por enfermería enfatizan la enseñanza de tales signos como una estrategia preventiva fundamental (54).

La identificación de signos de alarma como la capacidad del paciente para reconocer precozmente síntomas que pueden indicar complicaciones graves del acceso vascular. En el caso de la fistula arteriovenosa (FAV), incluye la pérdida del “thrill” (vibración), dolor, enrojecimiento, sangrado anormal o signos de infección local. En los catéteres venosos centrales (CVC), se deben identificar signos como fiebre sin causa aparente, exudado en el punto de inserción o dificultad en la aspiración de sangre. La detección oportuna permite intervenir a tiempo y evitar consecuencias mayores, como la trombosis o la sepsis (55).

Por su parte, la CDC sostiene que la identificación de signos de alarma es una competencia fundamental en el autocuidado del acceso vascular. Recomiendan que los pacientes estén atentos a signos como enrojecimiento, hinchazón, calor, secreción purulenta o sangrado persistente en el sitio del acceso. También se incluyen síntomas generales como fiebre

o escalofríos, que podrían indicar una infección sistémica relacionada con el acceso. La educación continua y la participación activa del paciente son claves para detectar estos signos a tiempo (56).

La KDOQI define esta dimensión como la capacidad del paciente para autoevaluar diariamente su acceso vascular e identificar alteraciones funcionales o estructurales. En las FAV, esto implica palpar la vibración ("thrill"), auscultar el "bruit" si está entrenado, y reconocer signos de disfunción como disminución del flujo, dificultad para canulación o aumento de la presión durante la diálisis. En los CVC, se valora la salida de secreciones, enrojecimiento o cualquier molestia. Estos signos deben ser reportados de inmediato al personal de salud (57).

Según los autores de las guías europeas EBPG, la identificación de signos de alarma implica observar y comunicar rápidamente la presencia de indicadores de riesgo clínico asociados al acceso vascular. Entre ellos, destacan el dolor persistente, hematomas recurrentes, disfunción en el retorno venoso, y signos de infección o inflamación. Esta habilidad debe ser entrenada desde el inicio del tratamiento con hemodiálisis y reforzada periódicamente para garantizar la durabilidad del acceso (58).

En cuanto al catéter venoso central (CVC), se deben vigilar signos como fiebre o escalofríos sin causa aparente, enrojecimiento, hinchazón, dolor o exudado en el sitio de inserción, así como dolor a lo largo del túnel subcutáneo, que podría indicar una infección del túnel o del catéter. Asimismo, la dificultad para infundir líquidos o extraer sangre puede sugerir una obstrucción o trombosis. Síntomas sistémicos como hipotensión, malestar general o signos de sepsis también deben ser considerados (59).

El rol de enfermería es clave en esta dimensión, mediante la educación estructurada, visual y participativa, que facilite la comprensión y retención de los signos de alarma. De este modo, se fortalece la autonomía del paciente y se optimiza su calidad de vida (60).

### **2.2.3. Calidad de vida**

La calidad de vida (CV) en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis se concibe como un estado de bienestar físico, emocional y social, influido por los síntomas propios de la enfermedad, las complicaciones asociadas al acceso vascular y el impacto que la terapia sustitutiva genera en su vida diaria (61). Además, la calidad de vida se captura bajo un enfoque más específico como una métrica que capta la percepción de los pacientes sobre su vida, independientemente de los indicadores globales vigentes, referenciados a través de su cultura. Incorporar metas personales, expectativas, estándares y preocupaciones (62).

La noción de calidad de vida ha pasado de ser una estadística a un juicio cotidiano sobre cómo nos sentimos en el cuerpo, la mente y la sociedad que habitamos. En el lenguaje médico contemporáneo, no se limita a números de presión arterial o colesterol; Incluye la sensación subjetiva de poder subir escaleras sin ahogarse y de verso bien al salir de casa (63). La evaluación se vuelve, entonces, un inventario multidimensional en el que el paciente apunta cómo el acceso vascular le molesta, cómo percibe su autonomía y cómo esas dos cosas interfieren con el trabajo, la familia o la cafetera de la tarde (64).

La creación de un acceso vascular, aunque absolutamente necesario para la terapia, a menudo introduce somnolencia, pánico y dificultades cotidianas debido a pinchazos repetidos, infecciones e intentos fallidos de canalización, y esos factores inevitablemente moldean la calidad de vida del paciente (65). Cuando el acceso funciona sin molestias y el enfermo puede cuidarlo sin ayuda, el sentido de bienestar se dispara y la rutina habitual se reanuda de inmediato. Sin embargo, esa experiencia positiva no es universal; fluctúa según si se usa una

fístula permanente o un catéter temporal, se lleva meses o años en diálisis y si coexisten otras patologías como diabetes o cardiopatía. El desenlace, por tanto, es un fenómeno dinámico que exige reevaluaciones periódicas y una mirada holística por parte del equipo clínico (66).

### **2.2.3.1. Dimensiones de la calidad de vida**

#### **Dimensión 1: Síntomas físicos**

Los síntomas físicos se refieren a la frecuencia e intensidad con la que los pacientes en hemodiálisis experimentan molestias físicas derivadas de la ERC y su tratamiento. Incluye síntomas como fatiga, dolor, debilidad, calambres, somnolencia y disnea, que afectan directamente su bienestar general (67). Esta dimensión mide la frecuencia e intensidad de síntomas físicos comunes entre personas en hemodiálisis, tales como fatiga, calambres, dolor en el sitio del acceso vascular, debilidad, picazón, dificultad para dormir o sensación de hinchazón (68).

De suma importancia, estos síntomas, que son evaluados por los ítems del KDQOL-36, afectan directamente la funcionalidad del paciente y su percepción de bienestar, siendo el acceso vascular un punto crítico de dolor y discomfort frecuente (69). De otra manera, los síntomas físicos representan una carga significativa que disminuye el nivel de funcionalidad y la percepción de salud en los pacientes sometidos a hemodiálisis. La identificación oportuna y el manejo integral de estos síntomas son esenciales para mejorar su calidad de vida (70)

Finalmente, los síntomas físicos comprenden un conjunto de manifestaciones somáticas percibidas por el paciente como consecuencia directa o indirecta de la disfunción renal y su tratamiento, caracterizadas por su alta prevalencia, variabilidad interindividual y fluctuación temporal. Los síntomas más comunes son la fatiga extrema, el prurito intenso y la sequencia de la piel; junto a ellos suelen aparecer trastornos del sueño, dolor musculoesquelético y episodios de disnea que van y vienen. Además, muchos pacientes reportan náuseas persistentes,

calambres repentinos y un edema que se acumula en las extremidades. Esa mezcla de molestias se traduce en una carga clínica notable que, a menudo, reduce la capacidad funcional diaria y afecta la percepción personal de bienestar (71).

### **Dimensión 2:** Carga de la enfermedad

La carga de la enfermedad mide, desde la perspectiva del enfermo, hasta qué punto la patología y su tratamiento irrumpen en la rutina cotidiana. Esa escalada personal incluye, por ejemplo, el temor permanente de perder un acceso vascular, las reinternaciones recurrentes y la inevitable sumisión al horario de diálisis (72). En otro aspecto, la carga de la enfermedad se caracteriza porque los pacientes suelen percibir una carga significativa debido a las limitaciones en su autonomía y el tiempo invertido en cuidados del acceso, revisiones médicas y terapias, lo cual reduce su independencia (73).

La carga de la enfermedad representa la percepción del paciente sobre la carga emocional, física, económica y social que implica vivir con ERC y depender del tratamiento de hemodiálisis. Incluye aspectos como las limitaciones para realizar actividades habituales, el tiempo invertido en el tratamiento, los efectos secundarios del mismo, y la constante atención médica (74). También, la carga de la enfermedad es la percepción subjetiva del impacto multidimensional que experimenta el paciente debido a las exigencias del tratamiento renal sustitutivo, restricciones dietéticas, régimen farmacológico complejo, dependencia de dispositivos médicos y adherencia a programaciones estrictas de diálisis (75).

### **Dimensión 3:** Efectos en la vida diaria

Los efectos en la vida diaria se refieren al impacto funcional de la enfermedad y el tratamiento sobre la vida cotidiana del paciente, especialmente en su movilidad, rol laboral, vida social y relaciones personales; por otra parte, muchas personas en hemodiálisis ajustan su rutina diaria alrededor del tratamiento y la protección del acceso vascular, lo que interfiere con

actividades recreativas, empleo y vida familiar. El temor a dañar el acceso también limita su participación social y física (76).

Los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria constituyen el conjunto de alteraciones funcionales, estructurales y adaptativas que experimenta el paciente en su cotidianidad como resultado de la progresión de la nefropatía y las limitaciones impuestas por el tratamiento. Estas repercusiones se manifiestan en diversos dominios: capacidad laboral reducida o pérdida del empleo, restricciones en actividades de ocio, modificaciones en roles familiares, disrupción de rutinas sociales, interferencia en la intimidad y sexualidad, así como reorganización de prioridades vitales (77).

Esta dimensión aborda cómo la ERC y la dependencia del tratamiento hemodialítico afectan la rutina diaria del paciente, su capacidad funcional y su participación en roles sociales. Incluye las limitaciones para trabajar, estudiar, viajar o realizar actividades recreativas, así como el grado de independencia que el paciente mantiene en su vida cotidiana. El acceso vascular, indispensable para el tratamiento, implica restricciones físicas, cuidados especiales y una constante preocupación por su integridad, lo cual afecta la autoestima y la percepción corporal del paciente (78).

La alteración de la vida diaria es más notoria en pacientes con múltiples comorbilidades, sesiones frecuentes de diálisis y baja red de apoyo familiar. Esta carga diaria se acompaña de sentimientos de frustración, aislamiento, ansiedad o dependencia, especialmente en pacientes que deben reorganizar completamente sus horarios en función de la terapia dialítica (79).

#### **2.2.4. Fundamento teórico del autocuidado y calidad de vida**

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem sostiene que el autocuidado es una acción aprendida y deliberada que permite a las personas mantener su salud y bienestar. Esa

falta de autonomía genera un déficit que casi siempre exige una intervención profesional (80). Desde esa óptica, las enfermeras y los enfermeros asumen un rol activo, porque no sólo administran tratamientos: también educan, acompañan y guían al enfermo mientras aprende a sortear restricciones dietéticas y mantener la adherencia terapéutica. Cuando el autocuidado se convierte en rutina, el paciente logra adaptarse mejor al ritmo exigido por la enfermedad, su estabilidad clínica tiende a mejorar y, en consecuencia, la calidad de vida suele experimentar un salto positivo (81).

Patrick y Erickson postulan un marco de valor en salud que intenta aprehender la calidad de vida como un juicio unitario de un individuo. En ese esquema, cualquier intervención se mide en función de cuántos bien se traduce en bienestar y cuántos días o años de vida plena se ganan. Su invita lógica a políticos y clínicos a gastar fondos ahí donde el paciente siente que su existencia, con la enfermedad a costas, le resulta notablemente más soportable (63).

La enfermera no solo brinda cuidados técnicos, sino que también actúa como educadora y consejera, ayudando al paciente a comprender su enfermedad, promover el autocuidado del acceso vascular y fomentar estrategias de afrontamiento. A través de intervenciones educativas, visitas domiciliarias, y soporte emocional, el profesional de enfermería puede mejorar la autonomía del paciente, su adherencia al tratamiento y su calidad de vida (60)

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

H1: Existe relación significativa entre el autocuidado del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada en Chincha 2025

H0: No existe relación significativa entre el autocuidado del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada en Chincha 2025.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

HE1: Existe relación significativa entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

HE2: Existe relación significativa entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

HE3: Existe relación significativa entre el autocuidado según identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de investigación**

El estudio tomará en cuenta el método hipotético deductivo, porque sigue un proceso sistemático que parte de la observación del fenómeno, la formulación de hipótesis específicas sobre la correlación entre estas variables, y su posterior contrastación empírica mediante pruebas estadísticas. La aplicación del método hipotético-deductivo en esta investigación se evidencia en su estructura lógica secuencial donde, partiendo de un marco teórico referencial, se deducen consecuencias observables en forma de hipótesis correlacionales que pueden someterse a verificación estadística (82).

#### **3.2. Enfoque de investigación**

El enfoque será cuantitativo, dado que los procesos tienen como finalidad la medición de la variable, utilizando procesos estadísticos los cuales van a reflejar resultados enmarcados en tablas y gráficos, los cuales se pueden interpretar y analizar en base a resultados operacionales (83). En cuanto al tipo de estudio se clasifica fundamentalmente como investigación aplicada porque su propósito principal no es desarrollar conocimiento teórico abstracto, sino generar evidencia científica directamente orientada a la resolución de problemas prácticos y concretos en el ámbito clínico-asistencial nefrológico (84).

#### **3.3. Diseño de investigación**

Su diseño no experimental se sustenta en la ausencia deliberada de manipulación de variables independientes y la observación del fenómeno en su contexto natural, característica esencial que lo diferencia de los diseños experimentales donde existe intervención directa del investigador, permitiendo así capturar la realidad asistencial de los pacientes en hemodiálisis sin alterar las condiciones habituales de tratamiento o las prácticas de autocuidado que naturalmente realizan (85). Además, se clasifica como un estudio de corte transversal porque

examina las variables de interés en un único momento temporal, sin seguimiento longitudinal. Esta aproximación transversal resulta además ventajosa desde la perspectiva logística y de recursos, permitiendo maximizar la tasa de participación al requerir un único contacto con los pacientes, aspecto particularmente relevante en poblaciones con alta carga de tratamiento como los pacientes en hemodiálisis (86).

### **3.4. Nivel de investigación**

El nivel será correlacional, Su naturaleza correlacional se justifica al examinar sistemáticamente la asociación entre dos variables principales sin manipulación experimental, buscando determinar la dirección, magnitud y significancia estadística de dicha relación (87).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

La población estará constituida por 105 pacientes que reciben hemodiálisis en una clínica en Chincha.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con tratamiento de hemodiálisis al menos 3 meses
- Pacientes que se encuentren clínicamente estables, sin infecciones activas o complicaciones agudas durante la recolección de datos
- Pacientes adultos con edades a partir de 18 años
- Pacientes con buen estado cognitivo y perceptivo
- Paciente que firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con menos de tres meses de tratamiento en hemodiálisis
- Paciente con condición clínica inestable

- Pacientes con trastornos mentales o neurológicos severos que limiten comprender los instrumentos
- Pacientes con transferencia reciente
- Pacientes con barreras idiomáticas.

### 3.5.2. Muestra

La muestra será obtenida mediante el uso de fórmula de muestreo para poblaciones finitas, cuyo resultado corresponde a 83 pacientes.

### 3.5.3. Muestreo

La investigación utilizará un muestreo probabilístico aleatorio simple. Siguiendo la siguiente fórmula para obtener el tamaño de muestra.

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{105 * 0.5 * 0.5 * 1.96^2}{0.05^2 (105 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{100.8}{0.26 + 0.9604}$$

$$n = \frac{100.8}{1.22}$$

$$n = 82.62$$

$n$  =Tamaño de la muestra: 83 participantes.

### 3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1 Autocuidado del acceso vascular	Es un conjunto de habilidades y conductas que realiza un paciente en hemodiálisis para mantener en óptimas condiciones su fístula arteriovenosa (FAV) o catéter venoso central (CVC), con el objetivo de prevenir infecciones, trombosis y otras complicaciones. Involucra acciones de higiene, vigilancia de signos de alarma y prácticas de protección del acceso (34).	Habilidades y comportamientos que asumen los pacientes en hemodiálisis identificado a través de un cuestionario, que incluye tres dimensiones, medidas como	Higiene y cuidado personal  Cuidados específicos del acceso vascular  Identificación de signos de alarma	Lavado de manos antes y después de manipulación, Higiene del sitio del acceso, Limitación de manipulación, Uso de ropa adecuada,  Revisión diaria del acceso vascular, Protección de la manipulación, Cambio de apósitos, Limitar la presión,  Reconocimiento de enrojecimiento, Detección de sangrado, ausencia de frenito, Obstrucción comunicación oportuna al personal.	Ordinal	Bueno [21 a 31] Regular [10 a 20] Malo [<10]

<p><b>V2; Calidad de vida</b></p>	<p>Es la percepción integral del bienestar físico, emocional, social y funcional afectado por la enfermedad renal crónica y su tratamiento, particularmente por los efectos físicos y emocionales del procedimiento dialítico y la presencia de un acceso vascular permanente (57).</p>	<p>Es la percepción integral de su estado de salud y bienestar que tienen los pacientes hemodializados, la cual se medirá mediante el instrumento KDQOL-36, que contiene tres dimensiones valoradas como alta, media y baja.</p>	<p>Síntomas físicos</p> <p>Carga de la enfermedad</p> <p>Efectos en la vida diaria</p>	<p>Fatiga general. Presencia de calambres musculares. Dolor corporal. Prurito. Problemas para dormir.</p> <p>Percepción del impacto negativo. Sentimiento de dependencia. Percepción de control. Limitación de disfruta. Sensación de carga.</p> <p>Limitación en tareas diarias. Interferencia en socialización. Cambios de rutina. Repercusión de la vida familiar. Sentimiento de frustración.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Alta [70 a 100] Media [40 a 69] Baja [0 a 39]</p>
-----------------------------------	---	--	--	---	----------------	--

*Nota: Elaboración propia*

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

En el estudio se usarán la técnica de encuesta, la misma que consiste en recopilar datos a partir de instrumentos autoinformados, aplicables en poblaciones grandes con menores posibilidades de sesgo (88).

#### **3.7.2. Descripción de los instrumentos**

##### **Instrumento de la variable 1: Autocuidado del acceso vascular**

Cuestionario basado en guías clínicas y artículos científicos (KDOQI 2019, CDC 2020, OPIMEC, entre otros). Adaptada al contexto peruano, estructurada como instrumento autoaplicado dirigido a pacientes en hemodiálisis con fístula arteriovenosa o catéter venoso central por Aliaga y Zambrano en el año 2020. Este instrumento, de formato de opción múltiple, consta de 60 preguntas organizadas en tres dimensiones: higiene personal (20 ítems), cuidados específicos del CVC y la FAV (21 ítems), y signos de alarma (19 ítems). El cuestionario está estructurado en dos partes diferenciadas (89).

Cada respuesta correcta equivale a un punto, mientras que las incorrectas no suman puntaje. La puntuación total obtenida determina el nivel de prácticas de autocuidado según el tipo de acceso vascular del paciente.

Para pacientes con CVC, se evalúan 29 ítems en total, clasificando el autocuidado la siguiente manera: Bueno: 20 a 29 puntos, regular: 10 a 19 puntos y malo: menos de 10 puntos.

Para pacientes con FAV, se consideran 31 ítems, con la siguiente escala de interpretación: Bueno: 21 a 31 puntos, regular: 10 a 20 puntos y malo: menos de 10 puntos.

##### **Instrumento de la variable 2: Calidad de vida**

La calidad de vida se medirá a través del instrumento KDQOL-36™, versión validada en español (KDQOL Complete™ Spanish) por Salazar y Bernabé en el 2012 (90).

**Estructura del instrumento:**

- Ítems: 36 preguntas.
- Número de dimensiones: 5 (solo se usarán 3 en tu estudio según tu enfoque).

**Dimensión 1: Síntomas físicos (12 preguntas)**

Evalúa la frecuencia de síntomas como fatiga, dolor, picazón, náuseas, problemas de sueño. Ejemplo: “¿Con qué frecuencia ha sentido fatiga en las últimas 4 semanas?”

**Dimensión 2: Carga de la enfermedad renal (4 preguntas)**

Indaga sobre la percepción del impacto negativo del tratamiento en la vida personal. Ejemplo: “¿Cuánto interfiere la enfermedad renal en su vida diaria?”

**Dimensión 3: Efectos de la enfermedad en la vida diaria (8 preguntas)**

Incluye cómo afecta la enfermedad a nivel laboral, emocional, familiar y social. Ejemplo: “¿En qué medida su enfermedad le ha impedido realizar sus actividades diarias?”

**Escala de medición**

Escala Likert de 5 puntos por ítem: Desde “Nada” hasta “Mucho” o desde “Nunca” hasta “Siempre”, según la pregunta.

**Puntaje total**

Cada dimensión se puntúa desde 0 a 100. A mayor puntaje, mejor calidad de vida percibida.

Escala valorativa: Baja de 0-39; Media: 40 a 69 y Alta: 70-100.

### **3.7.3. Validación**

#### **Instrumento 1**

El cuestionario utilizado fue de elaboración propia de Aliaga y Zambrano en el año 2020; y, su validez fue establecida mediante el método de juicio de expertos, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems, obteniendo un V de Aiken de 1.000. Esta técnica asegura la validez de contenido, ya que expertos en el tema verificaron que los ítems reflejan adecuadamente los aspectos clave del autocuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis (89).

#### **Instrumento 2**

Se utilizará un cuestionario estructurado que combina los ítems del SF-36 Health Survey, validado en población peruana por Salazar y Bernabé en el 2012, con preguntas adicionales adaptadas del KDQOL-SF™ 1.3, orientadas específicamente a pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis. El SF-36 ha demostrado una estructura factorial sólida, con CFI = 0.96 y RMSEA = 0.05 (90).

### **3.7.4. Confiabilidad**

#### **Instrumento 1**

La confiabilidad fue determinada por Aliaga y Zambrano en el año 2020, mediante una prueba piloto aplicada a 6 pacientes, tras la cual se utilizó el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), apropiado para variables dicotómicas. El valor obtenido fue de KR-20= 0.770, lo que indica un nivel aceptable de consistencia interna, según los criterios psicométricos establecidos para estudios exploratorios (89).

## **Instrumento 2**

La confiabilidad fue evaluada por Salazar y Bernabé en el 2012, mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados mostraron una consistencia interna adecuada para la totalidad del instrumento ( $\alpha = 0.82$ ). Por escalas, los valores oscilaron entre 0.66 (funcionamiento social) y 0.92 (rol físico), lo que indica una adecuada estabilidad interna para propósitos de comparación grupal. Estos valores cumplen con el estándar mínimo de  $\alpha \geq 0.70$ , considerado aceptable para investigaciones poblacionales (90).

Ambos instrumentos serán validados para asegurar su adecuación al contexto de estudio. El primero, se validará mediante juicio de expertos para garantizar la coherencia y pertinencia de sus ítems. El segundo, una adaptación estructurada del SF-36 con componentes del KDQOL-SF™, cuenta con validación previa en población local, lo que respalda su uso en pacientes en hemodiálisis.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Se llevará a cabo un proceso de organización y procesamiento de la información mediante la elaboración de una matriz en formato tabular. Dichos datos serán previamente codificados para su tratamiento estadístico. Esta base de datos constituirá el insumo para la generación de gráficos y tablas que respaldarán los resultados del estudio, permitiendo una adecuada interpretación en función de los objetivos propuestos. Inicialmente, los datos serán estructurados utilizando el software Microsoft Excel 2019 y se empleará el programa SPSS versión 26. Para responder a las hipótesis, se aplicarán pruebas estadísticas correspondientes al tipo de distribución de los datos, seleccionando técnicas paramétricas o no paramétricas según los resultados del análisis de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov.

### 3.9. Aspectos éticos

Para la investigación con pacientes en hemodiálisis, se considerarán rigurosos aspectos éticos que serán evaluados previamente por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, garantizando el respeto a los principios bioéticos establecidos en el Informe Belmont.

La autonomía del paciente es un principio que se observa sin excepciones. Cada persona invitada al estudio podrá aceptar o declinar en función de su propio juicio. A quienes decidan avanzar se les entregará un documento de consentimiento informado que describe en lenguaje accesible los fines de la investigación, su diseño técnico, las ventajas razonables que puede ofrecer y los inconvenientes que hay que considerar.

En cuanto a la beneficencia, la investigación buscará generar conocimientos que contribuyan a mejorar la calidad de atención brindada a pacientes. Los hallazgos podrán orientar estrategias para optimizar los protocolos de cuidado y aumentar la satisfacción de los usuarios.

Aplicando el principio de no maleficencia, el estudio se diseñará para evitar cualquier daño físico o emocional a los participantes. Los cuestionarios se aplicarán en momentos adecuados que no interfieran con sus procedimientos médicos y se respetarán las condiciones clínicas de cada paciente. La investigación no alterará sus esquemas de tratamiento ni representará riesgos adicionales para su salud.

Finalmente, siguiendo el principio de justicia, todos los pacientes con hemodialisis que cumplan los criterios de inclusión tendrán idéntica oportunidad de participar en el estudio sin discriminación. Los beneficios derivados de la investigación serán compartidos con todos los pacientes mediante la implementación de mejoras en los protocolos de atención, basadas en los resultados obtenidos.

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025					
	Abr	May.	Jun.	Jul	Ago	Set
Búsqueda de la realidad problemática.	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas.	X	X	X	X		
Situación problemática y marco teórico.		X				
Importancia y justificación de la investigación.			X			
Formulación de problemas y objetivos.			X			
Enfoque y diseño de investigación.			X			
Población, muestra y muestreo.			X			
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.			X			
Aspectos bioéticos.				X		
Métodos de análisis de información.				X		
Aspectos administrativos del estudio.				X		
Elaboración de los anexos.				X		
Aprobación del proyecto.					X	
Sustentación del trabajo.						X

#### 4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
<b>Servicios</b>	Digitación	Hoja	200	2.00	600.00
	Conectividad a Internet	Horas	250	2.00	500.00
	Encuadernación	Unidad	06	35.00	210.00
	Viático	Varios	100	10.00	1,000.00
	Movilidad	Varios	100	3.00	300.00
	<b>Subtotal</b>				
<b>Recursos materiales</b>	Hojas bond	Resma	01	100.00	100.00
	Lapiceros/lápices	Caja	10	2.00	20.00
	Archivadores	Docena	05	20.00	100.00
	Memoria RAM	Unidad	01	100.00	100.00
	<b>Subtotal</b>				
<b>N°</b>	<b>ÍTEMS</b>				<b>COSTO (S/.)</b>
1	Servicios				2,410.00
2	Recursos materiales				320.00
<b>TOTAL</b>					<b>2,730.00</b>

El presupuesto total estimado será autofinanciado, asciende a S/ 2,730.

## 5. REFERENCIAS

1. de Francisco A, Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. Nefrol al Día [Internet]. 2024;1(1):1–36. Available from: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-654-pdf>
2. World Health Organization (OMS). World Health Statistics 2024: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. 2024. Available from: <https://www.forbes.com/health/mind/mental-health-statistics/>
3. Bello A, Okpechi I, Levin A, Ye F, Damster S, Arruebo S, et al. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2024;12(3):382–95. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00570-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00570-3)
4. International Society of Nephrology (ISN). ISN. Global Kidney Health Atlas [Internet]. 2023. Available from: [https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN Atlas\\_2023 Digital\\_REV\\_2023\\_10\\_03.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN Atlas_2023 Digital_REV_2023_10_03.pdf)
5. Global Patient Alliance for Kidney Health. Detección de la enfermedad renal crónica: Abordar la tormenta global que se avecina. 2020; Available from: [https://globalkidneyalliance.org/wp-content/uploads/2024/11/GloPAKH\\_CKD\\_Paper\\_Spanish\\_November-2024.pdf](https://globalkidneyalliance.org/wp-content/uploads/2024/11/GloPAKH_CKD_Paper_Spanish_November-2024.pdf)
6. Hidalgo M, Moreno C, Sánchez M, Prats M, Puig M. Análisis de las complicaciones del acceso vascular en hemodiálisis. Una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2023;26(2):106–18. Available from: <https://doi.org/10.37551/s2254-28842023011>
7. Merino R, Morillo N, Sánchez A, Gómez V, Crespo R. Relationship between health-related quality of life and anxiety / depression in patients on chronic hemodialysis.

- Enferm Nefrol [Internet]. 2019;22(3):274–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>
8. So S, Brown M, Li K. Factors associated with quality of life in patients with kidney failure managed conservatively and with dialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* [Internet]. 2023;24(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03355-3>
  9. Sikora K, Zwolak A, Łuczyk R, Wawryniuk A, Łuczyk M. Vascular Access Perception and Quality of Life of Haemodialysis Patients. *J Clin Med* [Internet]. 2024;13(8):1–11. Available from: <https://doi.org/10.37551/s2254-28842023011>
  10. Khatamov E, Sabirov M, Sultonov N. Assessment of Quality of Life in Patients with High and Low Risk of Vascular Access Thrombosis. *Am J Med Med Sci* [Internet]. 2025;15(4):1085–9. Available from: <https://doi.org/10.5923/j.ajmms.20251504.47>
  11. Vélez J. Situación actual de la enfermedad renal en Latinoamérica y los desafíos para el cirujano vascular. *Rev Mex Angiol* [Internet]. 2023;51(1):1–3. Available from: <https://doi.org/10.24875/rma.23000001>
  12. Rico J, Elbert A, Lorca E, Daza-arnedo R, Castellaro C, Villavicencio V, et al. Situation of chronic kidney disease in Latin America , with emphasis on diabetic kidney disease : difficulties and challenges. *Nefrol Latinoam* [Internet]. 2025;1(1):31–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/NEFRO.M25000058>
  13. Santander Y, Ruiz C, Reyes E. Autocuidado de la Fístula Arteriovenosa en Pacientes Hemodializados. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2024;8(3):7694–708. Available from: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3.11961](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11961)
  14. Cordova G, Saez G, Chávez O, Tapia F. Efecto del catéter de hemodiálisis en la permeabilidad de fistulas arteriovenosas. *Rev Cir (Mex)* [Internet]. 2021;73(2):173–80.

Available from: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021002639>

15. Ministerio de Salud del Perú. Enfermedad renal crónica: una afección progresiva y silenciosa que puede prevenirse con hábitos saludables y controles médicos [Internet]. 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1127151-enfermedad-renal-cronica-una-afeccion-progresiva-y-silenciosa-que-puede-prevenirse-con-habitos-saludables-y-controles-medicos>
16. Loza C. Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal durante la pandemia del Covid 19. Cent Nac Epidemiol Prevención y Control Enfermedades - MINSA [Internet]. 2022;1–35. Available from: <https://www.spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>
17. Nuñez E. Intervención de enfermería en el autocuidado pacientes portadores de accesos vasculares en hemodiálisis, hospital Luis Nicasio Saenz PNP Lima - 2023 [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024. Available from: <https://core.ac.uk/reader/616682420>
18. Mayanga E. Conocimiento y autocuidado en accesos vasculares en pacientes hemodializados en la Clínica Privada Nefrolab – Chiclayo 2018 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/7193>
19. Siancas R. Diabetes mellitus y su relación con la enfermedad renal en la población adulta de 40 a 60 años atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza, 2019 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/3754>

20. Gadea M, Campos C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodialisis hospital regional de Ica, agosto - diciembre 2019. *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2020;9(2):98–103. Available from: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>
21. Arce J, Corral J, Cano M, García S, Malo F, Haro M. Calidad de vida y autocuidado en adultos mexicanos con tratamiento de hemodiálisis en un hospital. *Rev Chil enfermería* [Internet]. 2024;1(1):1–9. Available from: <https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/76282/78383>
22. Tonguino M. Autocuidado y calidad de vida en pacientes dialíticos que acuden al Hospital General IEES Manta. *Rev UNESUM-SALUD* [Internet]. 2024;3(1):122–39. Available from: <https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/50>
23. Alabacak Ş, Arslan S. The relationship between self-care behaviours regarding arteriovenous fistula and the fear of fistula failure in individuals receiving haemodialysis treatment. *J Res Nurs* [Internet]. 2024;29(4–5):388–98. Available from: <https://doi.org/10.1177/17449871241235636%0A>
24. García N, Racines A, Peñafiel R. Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2021;5(5):7053–69. Available from: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i5.830](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830)
25. Avila V. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en Centro Renal Habich, Tumbes 2023 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Tumbes; 2024. Available from: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/65389>
26. Cochachi L, Majino S. Prácticas de autocuidado y calidad de vida del paciente con hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2023

- [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/9917>
27. Diaz L. Autocuidado y calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Clínica Trujillo [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de Trujillo; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/20913>
  28. Negrón A, Sullón J. Autocuidado de la fístula arteriovenosa en personas que reciben tratamiento de hemodiálisis en una clínica privada de Chiclayo, 2019 [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Pedro Ruiz Pablo; 2021. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/10086>
  29. Lorenzo V, Luis D. Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica. Nefrol al Día [Internet]. 2022;1:1–20. Available from: <https://uvamm.github.io/docs/theoryofgames.pdf>
  30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Orientar las iniciativas de Autocuidado para impulsar la Cobertura Sanitaria Universal [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2023-orientar-iniciativas-autocuidado-para-impulsar-cobertura-sanitaria-universal>
  31. Prado L, González Ma, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev médica electrónica [Internet]. 2014;36(6):835–45. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004)
  32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo. 2022;
  33. Muñoz E, Camarelles F, del Campo M. Fomento del autocuidado. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2024;17(2):132–9. Available from: <https://doi.org/10.55783/rcmf.170207>
  34. Lucas M, Cevallos D, Quiroz M, Piguave T. Autocuidado y calidad de vida en pacientes

- renales con tratamiento de hemodiálisis. *Polo del Conoc* [Internet]. 2021;6(2):607–17. Available from: <https://doi.org/10.23857/pc.v6i2.2292>
35. García JL, Sancho D. Valoración de autocuidados en el acceso vascular para hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2015;18(3):157–62. Available from: <https://doi.org/10.23857/pc.v6i2.2292>
36. Castillo E, Hidalgo A. Satisfacción del tipo de acceso vascular y calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis en Perú. *Rev Colomb Nefrol* [Internet]. 2024;11(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.22265/acnef.11.1.703>
37. Ibeas J, Roca R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí A, et al. Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Nefrología* [Internet]. 2017;37(1):1–191. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
38. Lucas M, Teruel J. Hemodiálisis crónica basada en la evidencia (Parte 2). Aspectos clínicos. *Nefrología* [Internet]. 2007;27(4):408–16. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699507021405>
39. Al Salmi I, Kamble P, Lazarus E, D’Souza M, Al Maimani Y, Hannawi S. Kidney Disease-Specific Quality of Life among Patients on Hemodialysis. *Int J Nephrol* [Internet]. 2021;1(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/8876559>
40. De Oliveira L, Barroso T, Guerra J, Filippo M, De Almeida L, De Castro-Santos G, et al. Guidelines on vascular access for hemodialysis from the brazilian society of angiology and vascular surgery. *J Vasc Bras* [Internet]. 2023;22(1):1–35. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/8876559>
41. Nguyen T, Liang S, Liu C, Chien C. Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(6):1–13. Available from:

- <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0270100>
42. Vega M, Estallo L, De la Fuente N, Viviens B, Barba Á. Evaluación preoperatoria en la construcción de accesos vasculares para hemodiálisis. *Dial y Traspl* [Internet]. 2008;29(4):199–206. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1886-2845\(08\)75067-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1886-2845(08)75067-7)
  43. Mohanraj L, Sargent L, Elswick R, Toor A, Swift T. Factors Affecting Quality of Life in Patients Receiving Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Cancer Nurs* [Internet]. 2022;45(2):552–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000990>
  44. Pinto R, Sousa C, Salgueiro A, Fernandes I. Arteriovenous fistula cannulation in hemodialysis: A vascular access clinical practice guidelines narrative review. *J Vasc Access* [Internet]. 2022;23(5):825–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/11297298211006972>
  45. Teresa M, Pancirova J. Vascular Access: Cannulation and care [Internet]. *Pediatric Surgical Oncology*. Edtna/erca; 2022. Available from: <https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/publications/free/PUB-EN-VA-cannulation-and-care-fistula-FREE.pdf>
  46. Rocha G, Oliveira A, Oliveira F, Rodrigues V, Silva A, Sousa E, et al. Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: revisão integrativa. *Rev Cuid* [Internet]. 2021;12(3):1–16. Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090>
  47. Costa N, de Souza L, dos Santos GA, de Queiroz C, Sousa C, Ramos V. Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2020;7(3):369–77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>

48. Santoro D, Benedetto F, Mondello P, Pipitò N, Barillà D, Spinelli F, et al. Vascular access for hemodialysis: Current perspectives. *Int J Nephrol Renovasc Dis* [Internet]. 2014;7(1):281–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>
49. Magee C, Parthipun A, Goode A, Abro A. *Imaging in Nephrology* [Internet]. Primer on Nephrology, Second Edition. Springer; 2022. Available from: <https://dialisiperitoneale.org/wp-content/uploads/sites/18/2023/03/6-04.pdf?x76337#page=288>
50. Lok C, Huber T, Lee T, Shenoy S, Yevzlin A, Abreo K, et al. *KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update* [Internet]. Elsevier Inc; 2020. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
51. Curi H, Coles F, Curi S, Curi J. Rol del personal de enfermería en el cuidado y supervivencia de la fistula arteriovenosa en el tratamiento de la hemodiálisis. *Rev Científica Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS - ISSN 2806-5794* [Internet]. 2022;4(1):131–44. Available from: <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/44>
52. Benítez M, Babarro A, González T. *Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos* [Internet]. Barcelona: Medical Dosplus, S.L.; 2023. Available from: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf>
53. Contreras G, Quesada M, Martínez D. Análisis de los autocuidados del acceso vascular y nivel de alfabetización en salud de las personas en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2024;27(4):349–57. Available from: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842024035%0AAnálisis>
54. Alsolami E, Alobaidi S. Hemodialysis nurses' knowledge, attitude, and practices in

- managing vascular access: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Med (United States)* [Internet]. 2024;103(13):E37310. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037310>
55. Miranda V. Care of arteriovenous fistulas. *Nursing interventions and activities. Dial y Traspl* [Internet]. 2010;31(1):12–6. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037310>
56. Ellingson K, Palekar R, Lucero C, Kurkjian K, Chai S, Schlossberg D, et al. Vascular access hemorrhages contribute to deaths among hemodialysis patients. *Kidney Int* [Internet]. 2012;82(6):686–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2012.185>
57. Merino J, Roca R, Ibeas J. Monitorización y Vigilancia de la Fístula Arteriovenosa. *Nefrol al Día* [Internet]. 2004;1(1):1–11. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-monitorizacion-y-vigilancia-de-la-fistula-arteriovenosa-583-pdf>
58. Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, Fouque D, et al. EBPG on vascular access. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2007;22(2):88–117. Available from: <https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1093/ndt/gfm021>
59. Sánchez J, Serrano O, González E, Gutiérrez S. Infección relacionada con el catéter venoso central. *Soc y Fund española Cuid intensivos Pediátricos* [Internet]. 2021;1(552):1–18. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40\\_infeccion\\_cateter\\_venoso\\_central.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40_infeccion_cateter_venoso_central.pdf)
60. Balón F, Pincay J, Alarcón C. Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol* [Internet]. 2024;3(6):2015–37. Available from: [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2015-2037](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2015-2037)

61. Cruz M, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira L, Sesso R. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics* [Internet]. 2011;66(6):991–5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000600012>
62. Pretto C, Winkelmann E, Hildebrandt L, Barbosa D, Colet C, Stumm E. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020;28(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
63. Patrick D, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. *Med Care* [Internet]. 1994;32(4):407–8. Available from: <https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1007/BF00435398>
64. Post M. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* [Internet]. 2014;20(3):167–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1310/sci2003-167>
65. Rodriguez M, de Pedro J, Molero L, Fernandez I, Matamalas C, Moreno L, et al. Risk factors for difficult peripheral intravenous cannulation. The PIVV2 multicentre case-control study. *J Clin Med* [Internet]. 2020;9(3):1–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9030799>
66. Field M, Khawaja A, Ellis J, Nieto T, Hodson J, Inston N. The vascular access questionnaire: A single centre UK experience. *BMC Nephrol* [Internet]. 2019;20(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9030799>
67. Gunarathne T, Tang L, Lim S, Nanayakkara N, Damayanthi H, Abdullah K. Factors Associated with Symptom Burden in Adults with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: A Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(9):1–13. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095540>

68. Manera K, Ju A, Baumgart A, Hannan E, Qiao W, Howell M, et al. Patient-reported outcome measures for life participation in peritoneal dialysis: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2021;36(5):890–901. Available from: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa244>
69. Marahrens B, Schulze A, Wysocki J, Lin MH, Ye M, Kanwar Y, et al. Knockout of aminopeptidase A in mice causes functional alterations and morphological glomerular basement membrane changes in the kidneys. *Kidney Int* [Internet]. 2021;99(4):900–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.012>
70. Lu Y, Zhai S, Liu Q, Dai C, Liu S, Shang Y, et al. Correlates of symptom burden in renal dialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail* [Internet]. 2024;46(2):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2382314>
71. van der Willik E, Hemmelder M, Bart HA, van Ittersum F, Hoogendijk J, Bos W, et al. Routinely measuring symptom burden and health-related quality of life in dialysis patients: first results from the Dutch registry of patient-reported outcome measures. *Clin Kidney J* [Internet]. 2021;14(6):1535–44. Available from: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfz192>
72. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012;11(28):257–75. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/administracion5.pdf>
73. Almutary H, Bonner A. Symptom burden in chronic kidney disease: A review of recent literature. *J of Renal Care* [Internet]. 2013;39(3):140–50. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12022.x>
74. Bulathwatta D, Borchet J, Rudnik A, Bidzan M. Psychosocial well-being among individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment and their

- caregivers: a protocol of a mixed method study in Sri Lanka and Poland. *Front Psychol* [Internet]. 2023;14(December):1–13. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1194991>
75. Al-mansouri A, Al-Ali F, Hamad A, Mohamed M, Kheir N, Ibrahim R, et al. Assessment of treatment burden and its impact on quality of life in dialysis-dependent and pre-dialysis chronic kidney disease patients. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2021;17(11):1937–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.010>
  76. Mapes D, Lopes A, Satayathum S, McCullough K, Goodkin D, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Kidney Int* [Internet]. 2003;64(1):339–49. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00072.x>
  77. Bowling B, Sawyer P, Campbell R, Ahmed A, Allman R. Impact of chronic kidney disease on activities of daily living in community-dwelling older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2011;66(6):689–94. Available from: [https://doi.org/10.1093/gerona/66\(6\)689](https://doi.org/10.1093/gerona/66(6)689)
  78. Sułkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. *Med* [Internet]. 2024;60(11):1–14. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>
  79. Nguyen A, Vo L. Mental health and quality of life in dialysis and transplant patients in Vietnam: a call for integrated care models. *Front Psychiatry* [Internet]. 2025;16(1):1–5. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1570138>
  80. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac médica espirituaana* [Internet]. 2017;19(3):1–11. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

81. Marcos M, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos* [Internet]. 2022;24(4):168–77. Available from: [https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05\\_notas.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf)
82. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig en Docencia Univ* [Internet]. 2019 Apr;13(1):102–22. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s2223-25162019000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s2223-25162019000100008&script=sci_arttext)
83. Del Canto E, Silva A. Metodología Cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en Ciencias Sociales. *Rev Ciencias Soc* [Internet]. 2013;1(141):26–34. Available from: <https://doi.org/10.15517/rcs.v0i141.12479>
84. Nicomenes E. Tipos de investigación: Metodología de la Investigación. *Repos Inst USDG* [Internet]. 2018;1–4. Available from: <https://core.ac.uk/reader/236413540>
85. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. México D.F.: Mc Graw Hill educación; 2018. Available from: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
86. Arias J, Covinos M, Cáceres M. Formulación de los objetivos específicos desde el alcance correlacional en trabajos de investigación. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2020;4(2):237–47. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/73/46/>.
87. Ramos C. Alcances de una investigación. *CienciAmérica* [Internet]. 2020;9(3):1–6. Available from: <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
88. Bernal C. Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y

- ciencias sociales [Internet]. 4th ed. Bogotá: Pearson; 2016. Available from: [https://www.academia.edu/44228601/Metodologia\\_De\\_La\\_Investigación\\_Bernal\\_4ta\\_edicion](https://www.academia.edu/44228601/Metodologia_De_La_Investigación_Bernal_4ta_edicion)
89. Aliaga H, Zambrano G. Nivel de conocimiento de pacientes en hemodiálisis sobre el autocuidado con el acceso vascular , en el centro nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa - Ucayali, 2017 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Ucayali; 2018 [cited 2025 May 29]. Available from: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:DlZK45yY7-kJ:scholar.google.com/+Nivel+de+conocimiento+de+pacientes+en+hemodiálisis+sobre+el+autocuidado+con+el+acceso+vascular,+en+el+centro+nefrourológico+del+orient e+Sac,+Pucallpa+&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:DlZK45yY7-kJ:scholar.google.com/+Nivel+de+conocimiento+de+pacientes+en+hemodiálisis+sobre+el+autocuidado+con+el+acceso+vascular,+en+el+centro+nefrourológico+del+orient e+Sac,+Pucallpa+&hl=es&as_sdt=0,5)
90. Salazar F, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia-Pacific J Public Heal* [Internet]. 2012;27(2):1–10. Available from: <https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1177/1010539511432879>

## 6. ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Titulo	Planteamiento del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Autocuidado del acceso vascular y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada en Chincha 2025	<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis General</b>	<b>Variable 1</b> Autocuidado del acceso vascular <b>Variable 2:</b> Calidad de vida  <b>Dimensiones:</b> <b>Variable 1</b> Higiene y cuidado personal Cuidados específicos del acceso vascular Identificación de signos de alarma  <b>Variable 2:</b> Síntomas físicos Carga de la enfermedad Efectos en la vida diaria	<b>Tipos de investigación</b> Aplicada  Método: hipotético deductivo  <b>Diseño de investigación</b> No experimental, de corte transversal y nivel descriptivo correlacional  • <b>Población y muestra</b> • <b>Población:</b> 105 • <b>Muestra:</b> 83 pacientes en hemodiálisis
	<b>Problema específico</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Hipótesis específico</b>		
	PE1: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de	OE1. Establecer la relación entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de	HE1: Existe relación significativa entre el autocuidado según higiene y cuidado personal del acceso vascular y la calidad de		

	<p>vida en pacientes en hemodiálisis?  PE2: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis?  PE3: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado según la identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis?</p>	<p>vida en pacientes en hemodiálisis.  OE2: Identificar la relación entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.  OE3: Analizar la relación entre el autocuidado según la identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.</p>	<p>vida en pacientes en hemodiálisis.  HE2: Existe relación significativa entre el autocuidado según cuidados específicos del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.  HE3: Existe relación significativa entre el autocuidado según la identificación de signos de alarma del acceso vascular y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.</p>		
--	--	---	--	--	--

**Anexo 2: Instrumentos****Cuestionario de autocuidado del acceso vascular****Datos generales:****Edad:**

1. Adultos jóvenes 18 a 44 años (  )
2. Adultos mayores 45 a 59 años (  )
3. Adultos de edad avanzada 60 a 83 años (  )

**Sexo:**

1. Hombre (  )
2. Mujer (  )

**Grado de instrucción:**

1. Primaria (  )
2. Secundaria (  )
3. Técnico superior (  )
4. Estudios universitarios (  )

A continuación, se presentan 29 ítems referidos al autocuidado, por favor conteste a todos ellos con sinceridad. Marque un aspa (X) en el espacio que corresponda a lo que usted siente, piensa o hace:

Nº	ÍTEMS	SI	NO
	<b>HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL</b>		
1	Baño diario.		
2	Cepillarse los dientes después de cada alimento.		
3	Utilizar cepillo de dientes suave.		
4	Enjuagar la boca con bicarbonato después de cepillarse.		
5	Mantener las uñas cortas.		
6	Utilizar ropa holgada.		
7	Cambio de ropa todos los días.		
8	Aplicar crema humectante en la piel al terminar de bañarse.		
9	Evitar perfumes o colonias.		
	<b>CUIDADOS ESPECIFICOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL:</b> Cuando se bañe debe:		
10	Hacerlo rápido.		
11	Proteger el catéter con un apósito impermeable.		
12	Mantener siempre tapado el orificio de inserción del catéter.		
13	Usar un jabón personal.		
14	Usar jabón neutro (no perfumado).		

15	Enjuagar que no quede residuo de jabón por el orificio del catéter.		
16	Lavar la cabeza aparte.		
17	Secar bien los espacios entre los dedos de los pies.		
18	Al vestirse, manipular con cuidado el catéter.		
	<b>IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA</b> <b>Debe avisar a la enfermera que lo atiende, cuando tenga:</b>		
19	Fiebre.		
20	Dolor en el brazo donde tiene instalado el catéter.		
21	Calor en el brazo donde tiene instalado el catéter.		
22	Hinchazón en el brazo donde tiene instalado el catéter.		
23	Cambio de color en la piel del brazo donde tiene instalado el catéter.		
24	En caso de que el catéter se rompa, el paciente debe: Pinzarlo.		
25	Acudir de inmediato a la unidad de hemodiálisis.		
26	Acudir de inmediato a Urgencias.		
27	En caso de que el catéter se salga de su lugar, el paciente debe: Hacer presión con las manos limpias y una gasa estéril sobre el sitio de inserción.		
28	Acudir de inmediato a la unidad de hemodiálisis.		
29	Acudir de inmediato a Urgencias.		

### Cuestionario de Autocuidado Para FAV

N °	ÍTEMS	SI	NO
	<b>HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL</b>		
1	Baño diario.		
2	Usar jabón personal.		
3	Usar jabón neutro (no perfumado).		
4	Secar bien los pies.		
5	Mantener cortas las uñas.		
6	Aplicar crema en la piel.		
7	Cambio de ropa todos los días.		
8	Utilizar ropa holgada.		
9	Lavar los dientes después de cada alimento.		
10	Utilizar cepillo de dientes suave.		
11	Enjuagar la boca con bicarbonato, después de cepillar los dientes.		
	<b>CUIDADOS ESPECIFICOS DE LA FÍSTULA</b>		
12	Todos los días debe palpar y oír su fistula.		
13	Realizar compresiones con una pelota de goma, durante 10 minutos cada hora, con el brazo de la fistula.		
14	Introducir el brazo de la fistula en un litro de agua tibia con una cucharada de sal, tres veces al día de la hemodiálisis.		
15	Evitar llevar joyas o ropa que opriman el brazo de la fistula.		
16	Evitar dormir sobre el brazo de la fistula.		
17	Evitar cargar objetos pesados con el brazo de la fistula.		
18	Evitar que le extraigan sangre en el brazo de la fistula.		
19	Evitar que le administren medicamentos en el brazo de la fistula.		
20	Evitar que le tomen la presión arterial en el brazo de la fistula.		
21	Quitar las gasas que cubren los sitios de punción después de 5 a 6 horas.		
22	Curación periódica por la enfermera para evitar la oclusión.		
23	El paciente lave el miembro de la FAV antes de cada hemodiálisis.		
	<b>IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA</b>		
24	Comprimir con una gasa estéril, en caso de sangrado por los puntos de hemodiálisis o urgencias en caso de: punción.		
25	Aplicar hielo en caso de presentar un hematoma.		
26	Se debe acudir al servicio: Ausencia de sonido en el sitio de la fistula.		
27	Hinchazón en el sitio de la fistula.		
28	Dolor en el sitio de la fistula.		
29	Enrojecimiento en el sitio de la fistula.		
30	Sentir calor en el sitio de la fistula.		
31	Presentar hemorragia incontrolable en el sitio de la fistula.		

### Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

#### RESPONDA A LAS PREGUNTAS SEGÚN SU EXPERIENCIA

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz una casilla en cada línea]

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar con la pelota			
3. Subir varios pisos por la escalera			

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Si	No
4. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado		
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades		

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Si	No
6. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado		
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual		

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
9. Se ha sentido tranquilo y sosegado?					
10. Ha tenido mucha energía?					
11. Se ha sentido desanimado y triste?					

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta]

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

[Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No se	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida					
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo					
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					
16. Me siento una carga para la familia					

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

[Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?					
18. ¿Dolor en el pecho?					
19. ¿Calambres?					
20. ¿Picazón en la piel?					
21. ¿Sequedad de piel?					
22. ¿Falta de aire?					
23. ¿Desmayos o mareo?					
24. ¿Falta de apetito?					
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?					
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?					
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?					
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fistula?					
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?					

## Efectos de la enfermedad

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?					
30. ¿Limitaciones en la dieta?					
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?					
32. ¿Su capacidad para viajar?					
33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?					
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?					
35. ¿Su vida sexual?					
36. ¿Su aspecto físico?					

### **Anexo 3: Formato de consentimiento informado**

#### **Consentimiento informado en un estudio de investigación**

**Instituciones:** Universidad Privada Norbert Wiener

**Investigadores:** Lic.

**Título:** \_\_\_\_\_

#### **Propósito del estudio**

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “**AUTOCUIDADO DEL ACCESO VENOSO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA PRIVADA EN CHINCHA 2025**”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Nataly Quevedo. El propósito de este estudio es evaluar la relación entre las variables con la finalidad de hacer propuestas de mejora en los cuidados.

#### **Procedimientos**

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La encuesta puede demorar unos 20 minutos y solo en eso consistirá su participación resolviendo cada uno de los cuestionarios proporcionados. Los resultados de la/los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

#### **Riesgos**

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

#### **Beneficios**

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

#### **Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

#### **Confidencialidad**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

**Derechos del participante**

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con ....., el número de teléfono corresponde a: ..... o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Investigador

Nombres:

Nombres:

DNI:

DNI:

**Anexo 4: Informe de asesor de Turnitin**

## ● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>uwiener on 2024-03-29</b> Submitted works	1%
3	<b>uwiener on 2024-03-29</b> Submitted works	<1%
4	<b>Universidad Wiener on 2024-12-07</b> Submitted works	<1%
5	<b>uwiener on 2024-10-11</b> Submitted works	<1%
6	<b>uwiener on 2024-06-14</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Wiener on 2024-12-07</b> Submitted works	<1%
8	<b>uwiener on 2023-09-24</b> Submitted works	<1%